**考点二十三、胸腔积液**

　　(一)概述

　　胸膜腔是位于肺和胸壁之间的一个潜在的腔隙，任何因素使胸膜腔内液体形成过快或吸收过缓，即产生胸腔积液，简称胸水。引起胸水最常见的原因:细菌感染、结核感染、肿瘤。

1. 临床表现

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 积液量 | 症状 | 体征 |
| 少量胸腔积液 | 无明显症状或仅有胸痛 | 胸膜摩擦感并闻及胸膜摩擦音 |
| 300~500 ml | 可感胸闷或轻度气急 | 患侧胸廓饱满，触觉语颤减弱，局部叩诊浊音ꎬ呼吸音减低或消失，可伴有气管、纵隔向健侧移位 |
| 大量胸腔积液 | 呼吸困难和心悸，但胸痛症状缓解 |

**考点二十四、原发性高血压**

　　(一)临床表现

　　患者可出现头晕、头痛。少数患者病情进展迅速，出现持续舒张压≥130 mmHg，并伴有头痛、视力模糊，眼底出血、渗出和乳头水肿，持续蛋白尿、血尿、管型尿，肾功能下降，临床称之为恶性高血压。

　　(二)并发症

　　分为急性并发症和慢性并发症。慢性并发症:主要为心脏、脑、肾脏、血管等靶器官损害，急性并发症:主要为高血压急症及高血压亚急症。

　　(三)诊断

　　血压测量是评估血压的主要方法，必要时可配合家庭血压及动态血压测量。 在未用抗高血压药物的情况下，非同日 3 次测量，成年人收缩压≥140 mmHg 或舒张压≥90 mmHg 即为高血压。 患者既往有高血压病史，目前正在服用抗高血压药物，血压虽低于 140/90 mmHg，也应诊断为高血压。

　　(四)治疗

　　常用药物有 5 类，包括:钙通道阻滞剂(CCB，主要是二氢吡啶类)、肾素血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素受体阻滞剂(ARB)、利尿剂、β受体拮抗剂 5 大类，此外，还有 α 受体拮抗剂、作用于中枢的降压药及直接血管扩张剂。

**考点二十五、冠状动脉粥样硬化性心脏病**

　　临床表现主要是心绞痛和心肌梗死，其中心绞痛分为稳定型与不稳定型两种，急性心肌梗死分为“ST 段抬高型心肌梗死”和“非 ST 段抬高型心肌梗死”两类。

　　(一)稳定型心绞痛

　　发作性胸痛，部位在胸骨中下部之后方以及左前胸部，疼痛性质为压迫性、发闷或紧缩感，疼痛可放射到左上臂内侧、颈部、下颌，持续数分钟，休息或舌下含服硝酸甘油后数分钟可缓解。心电图有缺血性ST段下移及T波倒置，症状缓解后可恢复。

　　(二)不稳定型心绞痛

　　如果心绞痛发作有下述特点，被称之为不稳定型心绞痛:①近 1~2 个月内新发生心绞痛，②原有稳定型心绞痛，近期明显加重，表现为:诱发心绞痛的体力负荷量明显下降、疼痛更剧烈、更频繁、持续时间更长、需要更长的时间或更多的药物才能缓解，③休息时发作且持续时间>20 分钟。

　　不稳定型心绞痛发作时心电图有缺血性 ST 段下移及 T 波倒置，心绞痛缓解后可恢复。部分患者发作时ST段出现一过性抬高，含服硝酸甘油后ST段可迅速降至正常。

　　(三)急性心肌梗死

　　心绞痛发作无体力负荷增加的诱因，疼痛持续时间长，伴窒息感，硝酸甘油不能缓解，还可伴有恶心、呕吐、大汗、头晕，甚至晕厥。 体检血压偏低，第一心音减弱，出现第四心音，心尖部可出现收缩期杂音，常出现室性早搏等心律失常。 心电图先后出现 T 波高耸、相邻导联ST段单相曲线性抬高、病理性Q波等改变(见于 ST 段抬高型心肌梗死)。部分患者心电图表现为明显的缺血性 ST 段下移及 T 波倒置(见于非ST段抬高型心肌梗死)。 血清心肌坏死标志物明显升高并随时间动态改变。

　　(四)心绞痛的诊断

　　根据典型的心绞痛症状，并排除其他原因导致的心绞痛，可初步诊断，有心绞痛发作时心肌缺血的心电图可确定诊断。

　　(五)鉴别诊断

　　(1)急性心肌梗死:发作无诱因，胸痛更剧烈，伴有濒死感和恐惧感，持续时间长，服硝酸甘油无效，可伴有休克、心力衰竭、心律失常。 心电图 ST 段抬高或 ST 段显著降低伴心肌坏死标志物升高3 倍以上。

　　(2)其他原因引起的心绞痛:肥厚型梗阻性心脏病者常有猝死的家族史，听诊胸骨左缘第 3、4 肋间可听到收缩期杂音，心电图可见深而窄的 Q 波，主动脉瓣狭窄者在主动脉瓣可听到收缩期杂音。

　　(3)胃食管反流病:胸骨后烧灼样疼痛，饱餐后平卧易发生，多伴有反酸等反流症状，常于夜间发作。

　　(4)肋间神经痛:胸痛为刺痛、串痛并沿肋间神经分布，肋骨下缘可有压痛并沿肋间神经放散。 心电图、胸部X线未见异常。

　　(5)肋软骨炎:可持续数周或数月，深呼吸及上臂活动时加重，肋软骨有压痛。 心电图、胸部X线未见异常。

　　(6)心脏神经症:青年或中年女性，有神经衰弱的症状，胸痛为短暂的刺痛或较久的隐痛，胸闷、气短与情绪有关，心肺检查正常。 心电图、胸部 X 线片未见异常。

　　(六)治疗原则

　　1.稳定型心绞痛的治疗　药物治疗、介入治疗和冠状动脉旁路移植术是冠心病治疗的三种方法。其中药物治疗是基本手段，同时要强调包括改变生活方式的综合治疗。

　　(1)动脉粥样硬化的治疗

　　1)抗血小板:除非有禁忌证，所用患者均应口服阿司匹林 75~150 mg/ d 治疗。

　　2)降脂治疗:控制血脂、稳定粥样硬化斑块、抗炎、保护血管内皮功能。

　　(2)抗心绞痛治疗:目的是达到心肌需氧与供氧的平衡。

　　1)β-受体拮抗剂:常用有美托洛尔、比索洛尔。 除非有禁忌证，均应持续、无限期使用。

　　2)硝酸酯类药物治疗:常用有单硝酸异山梨酯、硝酸异山梨酯、硝酸甘油等。 根据症状使用。

　　3)钙通道阻滞剂:常用有硝苯地平(控释或缓释剂型)、氨氯地平、硫氮酮等。 根据病情选用。

　　(3)积极治疗高血压、糖尿病、高脂血症，高血压的目标<149/90 mmHg，合并糖尿病、肾病者<130/80 mmHg，糖尿病的控制目标是糖化血红蛋白正常。

　　2.不稳定型心绞痛的治疗　除稳定型心绞痛的各项治疗措施外，不稳定型心绞痛最重要的治疗措施是强化抗血小板治疗及抗凝(使用肝素)治疗，有些患者还需要介入/ 手术治疗。

**考点二十六、胃食管反流病**

　　(一)概述

　　胃十二指肠内容物反流入食管引起的不适症状和(或)组织学改变。 以食管下端括约肌部功能障碍为主。

　　直接损伤食管黏膜的因素:胃酸、胃蛋白酶及胆汁(非结合胆盐和胰酶)等反流物。

　　(二)临床表现

　　常见典型症状:胃灼热、反酸等反流症状。

　　非典型症状:胸痛、吞咽困难、胸骨后异物感。

　　(三)诊断

　　1.吞咽困难、消化道出血、呼吸困难、体重减轻或有肿瘤家族史———行胃镜检查，与其他良恶性疾病鉴别。

　　2.食管 X 线钡餐———用于不适合或不愿意接受胃镜检查者，对诊断食管裂孔疝有帮助。

　　3.24 小时食管 pH———为食管内有无病理性酸反流提供客观依据。

　　4.食管压力测定。

　　5.滴酸试验———用于胸骨后疼痛的鉴别诊断。

　　6.质子泵抑制剂(PPI)试验治疗———PPI1 片，每日 2 次，连用 7~14 天。 如效果明显，胃食管反流病的临床诊断基本成立。